GRUPO NITRO s.a.s
NIT. 901255880-8

Bogotá D.C. Diciembre de 2024

Señores

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATÉ

Sibaté, Cundinamarca

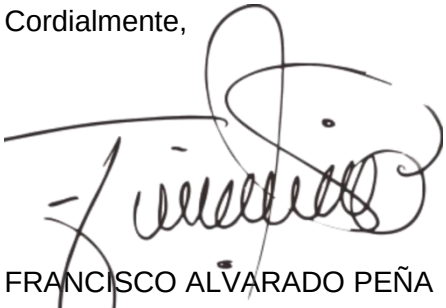
ASUNTO: Certificación.

Yo Francisco Alvarado Peña, identificado con cedula de ciudadanía No. 79 525 186 de Bogotá, y actuando como representante legal de Grupo NITRO S.A.S con Nit 901255880-8 certifico y bajo la gravedad de juramento certifico

1) Que me encuentro a paz y salvo por concepto de aportes a seguridad social y parafiscales del año en curso.

Dado en Sibaté en el mes de diciembre de 2024

Cordialmente,



FRANCISCO ALVARADO PEÑA
CUENTAS CORPORATIVAS
gruponitro1@gmail.com
CEL. 320 307 1384

GRUPO NITRO s.a.s
NIT. 901255880-8

Bogotá D.C. Diciembre de 2024

Señores

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATÉ

Sibaté, Cundinamarca

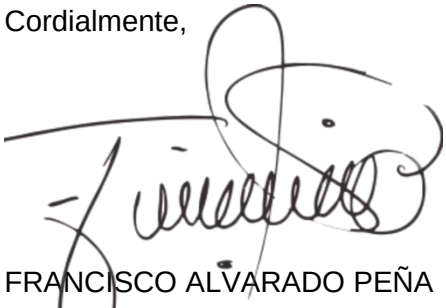
ASUNTO: Certificación.

Yo Francisco Alvarado Peña, identificado con cedula de ciudadanía No. 79 525 186 de Bogotá, y actuando como representante legal de Grupo NITRO S.A.S con Nit 901255880-8 certifico y bajo la gravedad de juramento certifico

1) Que me encuentro a paz y salvo por concepto de aportes a seguridad social y parafiscales del año en curso.

Dado en Sibaté en el mes de diciembre de 2024

Cordialmente,



FRANCISCO ALVARADO PEÑA
CUENTAS CORPORATIVAS
gruponitro1@gmail.com
CEL. 320 307 1384

CONTRATO DE SUMINISTRO 019-2024

GRUPO NITRO S.A.S.

OBJETO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE.

ITEM REALIZADOS EN EL PRESENTE INFORME

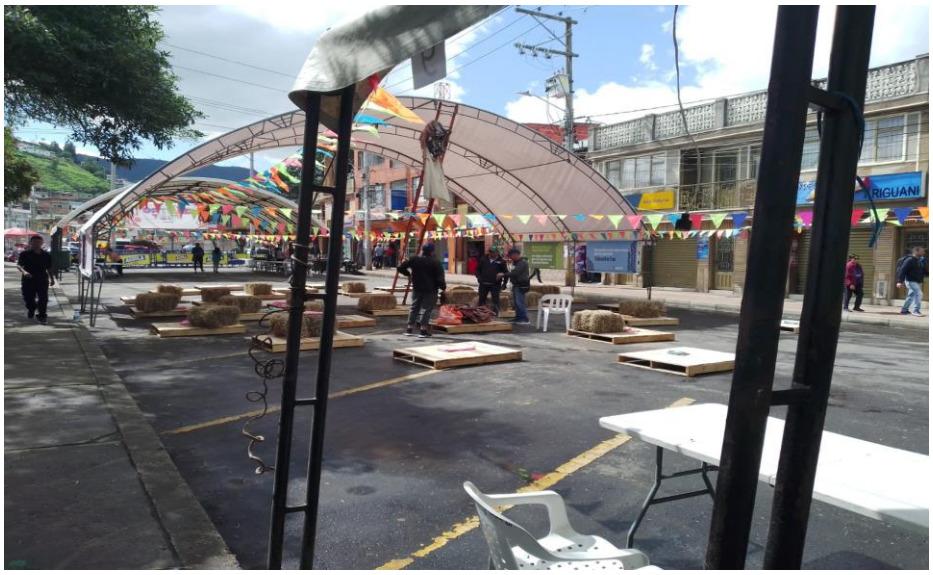
ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	TARJETAS DE INVITACIÓN 12*17 CMS IMPRESAS 4*0 TINTAS EN OPALINA, DISEÑOS SUMINISTRADOS POR LA OFICINA TICS DEL MUNICIPIO. INCLUYE SOBRE DE COLOR, MARCADOS SEGÚN LISTA EMITIDA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA SU ENTREGA.	UNIDAD	500
2	PENDON A FULL COLOR DE 1,20*70 CMS EN BANNER DE 15 ONZAS, CON BOLSILLOS PARTE SUPERIOR E INFERIOR DE 10 CM, CON PORTA PENDÓN. IMPRESIÓN HD 2400 X 1400 DPI ALTA CALIDAD FOTOGRÁFICA. EL VALOR DEBE INCLUIR LA INSTALACIÓN CON LOS ELEMENTOS QUE SE REQUIERAN PARA SU CORRECTA UBICACIÓN Y DESINSTALACIÓN UNA VEZ TERMINADO EL EVENTO, EN EL SITIO QUE SE INDIQUE POR PARTE DEL SUPERVISOR, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR).	UNIDAD	3
3	ESCARAPELAS EN PAPEL OPALINA, FULL COLOR DE 160 GRS, 8*11CMS. IMPRESIONES A 4*0 TINTAS, CON BOLSILLO EN ACETATO Y CORDÓN DEL COLOR INDICADO POR EL SUPERVISOR, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR)	UNIDAD	80
4	VOLANTES IMPRESOS POR DOS CARAS EN POLICROMÍA 4*4 TINTAS, FULL COLOR, TAMAÑO 14*21 CMS MEDIA CARTA PAPEL, PROPALCOTE DE 150 GRS, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR)	UNIDAD	
5	BOTÓN (PRENDEDOR) MEDIDAS 5X5 CMS A FULL COLOR, METÁLICO, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR)	UNIDAD	500
6	ADQUISICIÓN DE CAMISETAS EN PIEL DE DURAZNO POLI O 100% ALGODÓN. TALLAS S, M, L, XL. TÉCNICA MARCA: CON DOS (2)	UNIDAD	100

	BORDADOS ADELANTE Y ATRÁS, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (NÚMERO POR TALLA, COLOR Y DISEÑO DADO POR LA OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR).		
7	** SERVICIO DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS, VEHICULO TIPO BUS DE 40 PASAJEROS PARA EL DESPLAZAMIENTO A LUGARES CERCANOS AL MUNICIPIO DE SIBATE A UNA DISTANCIA DE HASTA DE 78 KM (IDA Y REGRESO) PARA LOS PARTICIPANTES GANADORES DE LOS EVENTOS REALIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD	VIAJE (TRAYECTO DE IDA Y VUELTA)	
8	REFRIGERIOS: OPCION 1: JUGO NATURAL DE 200 ML + PASTELDE POLLO 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA OPCION 2: JUGO NATURAL DE 200 ML + EMPANADA 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA. OPCION 3: YOGURT EN VASO 150 CC + SANDWICH 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA	UNIDAD	400
9	DESAYUNO VASO DE 7 ONZ DE CHOCOLATE EN LECHE + UNIDAD DE PAN + TAMAL DE 500GR	UNIDAD	100
10	ALMUERZO: OPCIÓN 1: Bandeja: arroz (100 gramos), granos: arveja, frijol o garbanzo (100 gramos), pollo (pierna pernil) de 350 gramos, tubérculo: papa al vapor o frita, yuca al vapor o frita, papa criolla (80 gramos), porción de ensalada (60 gramos), jugo envase tetra pack (200 ml) o jugo natural (9 Oz) OPCION 2: Bandeja: porción de arroz (100 gramos) frijol bola roja (100 gramos), chorizo de cerdo (60 gramos), un (1) huevo, porción de carne molida (150 gramos), patacón, (80 gramos) porción de ensalada con aguacate (60 grs), jugo envase tetra pack (200 ml), o jugo natural (9 Oz) OPCION 3. Sopa del día (60 grs), chuleta o filete de pollo (120grs), porción de arroz (100 grs), porción de ensalada del día (70 grs), porcion de papas a la francesa (85 grs) o porción de ensalada de papa (70 grs), gaseosa 10 Oz o jugo Natural de (200 ml)	UNIDAD	370
11	HIDRATACION BOTELLA DE AGUA POTABLE: PACA DE AGUA EN BOTELLA POR 24 UNIDADES DE 300 ML	UNIDAD	50
12	Bonos recreativos	UNIDAD	

13	SONIDO MASIVO: 8 Cabinas tipo array bases y cercha Planta amplificadora de 2500 w Planta amplificadora de 1500 w 4 Cabinas activas 2 bajos activos 15” 4 Cabinas monitores 1 Consola Amplificador para bajo Amplificador para guitarra 4 Micrófonos inalámbricos 12 Micrófonos alámbricos de voz Medusa de 10 conectores. Medusa 7 conectores 2 Cajas de paso 1 Computador para reproducción de audio Sonidista idóneo para el manejo de estos equipos 3 Utileros 12 bases para micrófonos Cableado eléctrico y conectores Transporte	HORA/ DIA	12
14	sonido mediano	cantidad	4
15	ESCARAPELAS EN PAPEL OPALINA, FULL COLOR DE 160 GRS, 8*11CMS. IMPRESIONES A 4*0 TINTAS, CON BOLSILLO EN ACETATO Y CORDÓN DEL COLOR INDICADO POR EL SUPERVISOR, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR)	cantidad	500
16	Bonos recreativos	cantidad	40

REGISTRO FOTOGRAFICO

EVENTO GASTROFEST







Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com





Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com





Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com




GASTRO FEST
SIBATÉ





Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com


Verdu
Helados
Del Campo a tu nevera
3164987417
VERDUHELADOS♥
DEL CAMPO A TU
NEVERA
CEL #3164987147
$5.000
ALMUERZOS CASEROS - COMIDA
ALGUNOS DE NUES
ALMUERZOS CASEROS
HAMBURGUESAS
CHURRASCOS
MOJARRA





Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com





Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com





Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com

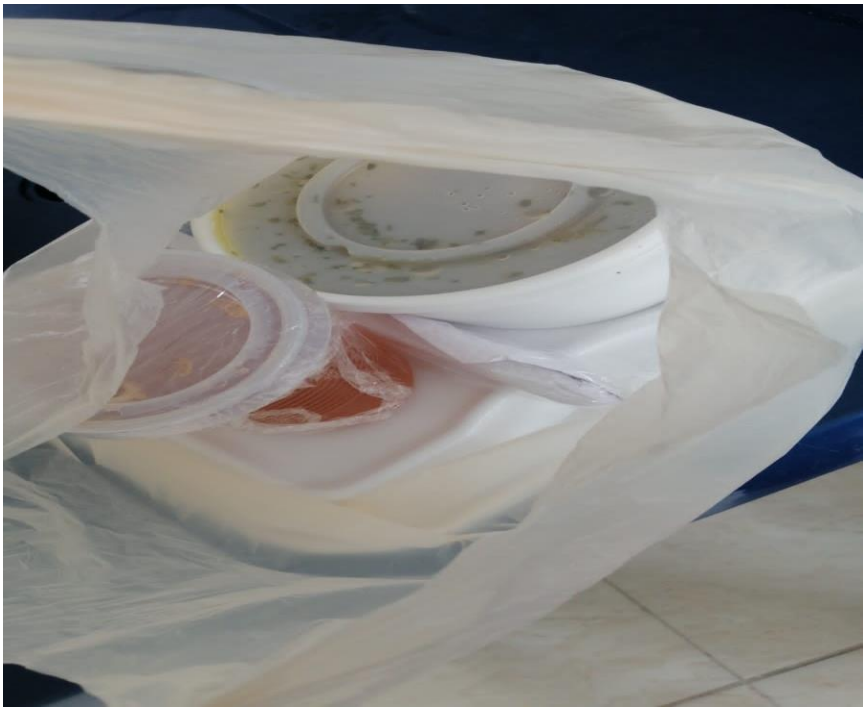


Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com



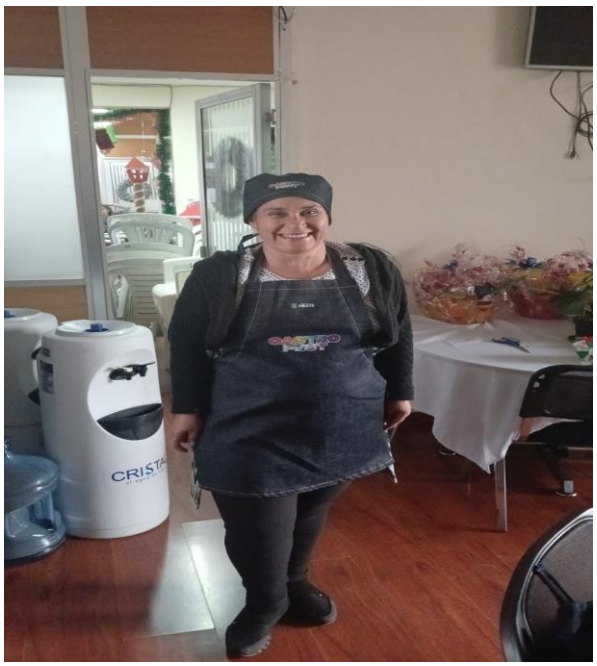


Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com



Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com


INSCRÍBETE
AL CONCURSO DE GASTRONOMÍA
GASTRO SIBATE FEST 2024
Categorías
Restaurantes
Emprendimientos
Aficionados
Línea de Producto
Plato fuerte
Postre
Una vez elegida la categoria y línea de producto en la inscripción, estas no se podrán modificar.
Nota
Al realizar la inscripción, el equipo de la Alcaldía Municipal de Sibaté se pondrá en contacto contigo, para detallar los aspectos relacionados con el concurso.
CUPOS LIMITADOS
Diligencia el formulario para participar en la primera edición de este festival. https://bit.ly/3NMfLc5
o Escanea el siguiente codigo QR
ALCALDÍA DE SIBATÉ
SECRETARÍA DE SALUD
GRUPO SERATTA
YAYA









Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com





Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com







Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com







Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com

GRUPO NITRO s.a.s

NIT. 901255880-8

Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com













Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com



Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com







Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com





Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com



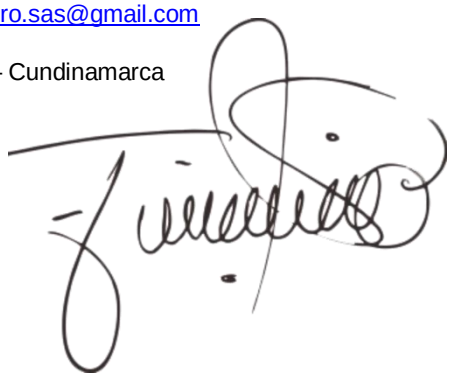


Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com

GRUPO NITRO s.a.s
NIT. 901255880-8

Cordialmente,

Nombre del proponente	GRUPO NITRO SAS
Nombre del Representante Legal	FRANCISCO ALVARADO PEÑA
C. C. No.	79´525.186 DE BOGOTA
NIT No.	901255880-8
Dirección correspondencia:	CALLE 14 No. 9-64 BARRIO SAN JUAN MUNICIPIO DE SIBATE
Telefax:	5296564 - 725 5526 / 320-3071384
Correo electrónico	gruponitro.sas@gmail.com
Ciudad:	Sibaté – Cundinamarca



Firma del Proponente o de su Representante Legal _____

GRUPO NITRO s.a.s

NIT. 901255880-8

Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com

GRUPO NITRO s.a.s

NIT. 901255880-8

Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com

GRUPO NITRO s.a.s

NIT. 901255880-8

Calle 9 No. 27-84 • Of. 301 Bogotá D.C.
320 307 1384 • 314 485 5558 • 256 7307
gruponitro.sas@gmail.com

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
6f8f454c3145df3e54ca5a7497c391a80abca2995b429d843bbb68ca947d2c649991083bc894fb6f629fc31b346a7230

Número de Factura: 544
Fecha de Emisión: 24/12/2024
Fecha de Vencimiento: 01/01/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido: CS 019 2024
Fecha de orden de pedido: 15/05/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GRUPO NITRO SAS
Nombre Comercial: GRUPO NITRO SAS
Nit del Emisor: 901255880
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 7310
País: Colombia
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Ciudad: Sibaté
Dirección: CL 14 9 64
Teléfono / Móvil: 3203071384
Correo: gruponitro1@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999372
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;O-15
Responsabilidad tributaria: ZZ -
País: Colombia
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Ciudad: Sibaté
Dirección: Cl 10 8 01
Teléfono / Móvil: 7250106
Correo: desarrollosocial@sibate-cundinamarca.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	0008	"ALMUERZO: OPCIÓN 1: Bandeja: arroz (100 gramos), granos: arveja, frijol o garbanzo (100 gramos), pollo (pierna pernil) de 350 gramos, tubérculo: papa al vapor o frita, yuca al vapor o frita, papa criolla (80 gramos), porción de ensalada (60 gramos), jugo envase tetra pack (200 ml) o jugo natur	NIU	370,00	$ 15.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 5.550.000,00
2	0365	"DESAYUNO VASO DE 7 ONZ DE CHOCOLATE EN LECHE + UNIDAD DE PAN + TAMAL DE 500GR"	NIU	100,00	$ 13.800,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.380.000,00
3	0092	"REFRIGERIOS: OPCION 1: JUGO NATURAL DE 200 ML + PASTELDE POLLO 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA OPCION 2: JUGO NATURAL DE 200 ML + EMPANADA 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA. OPCION 3: YOGURT EN VASO 150 CC + SANDWICH 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA"	NIU	400,00	$ 6.500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.600.000,00

4	0066	"HIDRATACION BOTELLA DE AGUA POTABLE PACA DE AGUA EN BOTELLA POR 24 UNIDADES DE 300 ML	NIU	265,00	$ 1.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 265.000,00
5	0909	TARJETAS DE INVITACIÓN 12*17 CMS IMPRESAS 4*0 TINTAS EN OPALINA, DISEÑOS SUMINISTRADOS POR LA OFICINA TICS DEL MUNICIPIO. INCLUYE SOBRE DE COLOR, MARCADOS SEGÚN LISTA EMITIDA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA SU ENTREGA.	NIU	500,00	$ 924,37	$ 0,00	$ 0,00	$ 87.815,12	19.00			$ 462.184,85
6	0911	PENDON A FULL COLOR DE 1,20*70 CMS EN BANNER DE 15 ONZAS, CON BOLSILLOS PARTE SUPERIOR E INFERIOR DE 10 CM, CON PORTA PENDÓN. IMPRESIÓN HD 2400 X 1400 DPI ALTA CALIDAD FOTOGRÁFICA. EL VALOR DEBE INCLUIR LA INSTALACIÓN CON LOS ELEMENTOS QUE SE REQUIERAN PARA SU CORRECTA UBICACIÓN Y DESINSTALACIÓN UNA	NIU	3,00	$ 25.210,08	$ 0,00	$ 0,00	$ 14.369,75	19.00			$ 75.630,25
7	0335	ESCARAPELAS EN PAPEL OPALINA, FULL COLOR DE 160 GRS, 8*11CMS. IMPRESIONES A 4*0 TINTAS, CON BOLSILLO EN ACETATO Y CORDÓN DEL COLOR INDICADO POR EL SUPERVISOR, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR	NIU	500,00	$ 840,34	$ 0,00	$ 0,00	$ 79.831,92	19.00			$ 420.168,00
8	0916	"BOTÓN (PRENDEDOR) MEDIDAS 5X5 CMS A FULL COLOR, METÁLICO, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR	NIU	500,00	$ 798,32	$ 0,00	$ 0,00	$ 75.840,30	19.00			$ 399.159,50
9	0501	"ADQUISICIÓN DE CAMISETAS EN PIEL DE DURAZNO POLI O 100% ALGODÓN. TALLAS S, M, L, XL. TÉCNICA MARCA: CON DOS (2) BORDADOS ADELANTE Y ATRÁS, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (NÚMERO POR TALLA, COLOR Y DISEÑO DADO POR LA OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR	NIU	100,00	$ 14.285,71	$ 0,00	$ 0,00	$ 271.428,57	19.00			$ 1.428.571,42
10	0090	SONIDO MASIVO 8 CABINAS TIPO ARRAY BASES Y CERCHA PLANTA AMPLIFICADORA DE 2500 W PLANTA AMPLIFICADORA DE 1500 W 3 BAJOS ACTIVOS 15 3 BAJOS PASIVOS 15 CONTROL DE VOLUMEN RESPUESTA EN FRECUENCIA DE 35 HZ A 250 HZ SPL MAXIMO DE 133 DB	NIU	12,00	$ 201.680,67	$ 0,00	$ 0,00	$ 459.831,93	19.00			$ 2.420.168,06

11	0006	SONIDO MEDIANO 4 cabinas activas de 15 2 cabinas bajo activo 2 Cabinas para retorno de 12 1 Consola 3 Micrófonos inalámbrico 8 Micrófonos de voz alámbricos Amplificador para bajo Amplificador para guitarra Computador para reproducción de audio Cab	NIU	4,00	$ 151.260,50	$ 0,00	$ 0,00	$ 114.957,98	19.00			$ 605.042,02
12	0919	BONOS RECREATIVOS	NIU	40,00	$ 80.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.200.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
24/12/2024 09:30:20
Documento validado por la DIAN:
24/12/2024 09:30:21
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	18805924.1
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	18805924.1
IVA	1104075.57
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	1104075.57
Total neto factura (=)	19909999.67
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 19909999.67

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	18.805.924,10
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	18.805.924,10
IVA	1.104.075,57
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	1.104.075,57
Total neto factura (=)	19.909.999,67
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 19.909.999,67

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764064057877 Rango desde: 514 Rango hasta: 10000 Vigencia: 2025-01-20

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**
Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE	
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO **INFORMACIÓN GENERAL**	FECHA DE APROBACIÓN DD: 24 / MM: 12 / AA: 2024

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

NUMERO DE CONTRATO	19
OBJETO	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	

FECHA DE CONTRATO	20 DE AGOSTO DE 2024
PLAZO DE EJECUCION	4 MESES
FECHA DE INICIO	20 DE AGOSTO DE 2024
FECHA DE FINALIZACION	19 DE DICIEMBRE DE 2024
PRORROGAS	SI
SUSPENSIONES	N/A

CONTRATISTA	
GRUPO NITRO S.A.S.	
C.C. O NIT:	901.255.880-8
ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU	7310-9319-4610
REGIMEN DE VENTAS	RESPONSABLE DE IVA

SUPERVISOR	
WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO	
CARGO	SECRETARIA DE SALUD
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
CORREO	salud@sibate-cundinamarca.gov.co

APOYO A LA SUPERVISION	
LEYDA MUNEVAR	
CARGO	JEFE SALUD PUBLICA
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
CORREO	saludpublica@sibate-+cunbdinamarca.gov.co

2. INFORMACION PARA TRAMITE DE PAGO

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO	-		
PAGO PARCIAL	**X**	N°.	2
ANTICIPO	-	%	
PAGO ANTICIPADO	-		

PERIODO	PARCIALES
VALOR DEL PAGO	$ 19.909.999,67
VALOR DEL PAGO EN LETRAS	
DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE ($19.909.999,67)M/CTE	
N° FACTURA	544

CUENTA BANCARIA			
BANCO		**TIPO**	

PAC

PAGO 1	18.114.999,49
PAGO 2	19.909.999,67
PAGO 3	-
PAGO 4	-
PAGO 5	-
PAGO 6	-
PAGO 7	-
PAGO 8	-
PAGO 9	-
PAGO 10	-
PAGO 11	-
PAGO 12	-
REZAGO	-
TOTAL	**38.024.999,16**

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA APOYO A LA SUPERVISION

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE	
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO **INFORMACIÓN FINANCIERA**	FECHA DE APROBACIÓN DD: 24 / MM: 12 / AA: 2024

NUMERO DE CONTRATO	19
OBJETO	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO	-		
ACTA PARCIAL	X	N°.	2
ANTICIPIO	-	%	0
PAGO ANTICIPADO	-		

3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)

NUMERO	2024000460	FECHA	15 may 2024
RUBRO	**FUENTE**	**VALOR**	
2,3	110101	29.850.136,00	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)

NUMERO	2024001079	FECHA	14 ago 2024
RUBRO	**FUENTE**	**VALOR**	
2,3	110101	25.350.000,00	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)

NUMERO	2024000874	FECHA	7 nov 2024
RUBRO	**FUENTE**	**VALOR**	
2,6	110101	12.675.000,00	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)

NUMERO	2024001584	FECHA	27 nov 2024
RUBRO	**FUENTE**	**VALOR**	
2,6	110101	12.675.000,00	

3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC) A AFECTAR

NUMERO	2024001079	FECHA	14 ago 2024
RUBRO		**VALOR**	
2,3		7.235.000,51	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)

NUMERO	2024001584	FECHA	27 nov 2024
RUBRO		**VALOR**	
2,6		12.675.000,00	
TOTAL A AFECTAR		19.909.999,67	

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR INICIAL CONTRATO	25.350.000,00
ADICION 1	12.675.000,00
ADICION 2	
ADICION 3	
VALOR TOTAL CONTRATO	**38.025.000,00**

PAGO ANTICIPADO	
ANTICIPO 1	
ANTICIPO 2	
ANTICIPO 3	
TOTAL ANTICIPOS	-

NUMERO DE ACTA	VALOR A GIRAR	AMORTIZACION	TOTAL ACTA
PAGO PARCIAL 1	18.114.999,49		18.114.999,49
PAGO PARCIAL 2	19.909.999,67		19.909.999,67
PAGO PARCIAL 3	-		-
PAGO PARCIAL 4	-		-
PAGO PARCIAL 5	-		-
PAGO PARCIAL 6	-		-
PAGO PARCIAL 7	-		-
PAGO PARCIAL 8	-		-
PAGO PARCIAL 9	-		-
PAGO PARCIAL 10	-		-
PAGO PARCIAL 11	-		-
PAGO PARCIAL 12	-		-
TOTAL	**38.024.999,16**	**-**	**38.024.999,16**

ESTADO DE EJECUCION FINANCIERA

TOTAL GIROS	38.024.999,16
AMORTIZACIONES	-
EJECUCION	38.024.999,16
POR AMORTIZAR	-
POR EJECUTAR	0,84

OBSERVACIONES

PAGO PARCIAL QUE SERA CANCELADO DE LA CUENTA DE SALUD PUBLICA No. 220033720251 DEL BANCO POPULAR

SALDO A LIBERAR		**FECHA ACTA LIQUIDACION**	

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA APOYO A LA SUPERVISION

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE	
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO **INFORME DE ACTIVIDADES**	**FECHA DE APROBACIÓN** DD: **24** MM: **12** AA: **2024**

I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORÍA.

Fecha de Expedicion DD	MM	AA	Supervisor o Interventor	Telefono o Ext.
24	12	2024	WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO SECRETARIA DE SALUD	0

II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION

Apoyo a la supervisión	Teléfono o Ext.
LEYDA MUNEVAR JEFE SALUD PUBLICA	0

II. INFORMACION CONTRACTUAL.

Nombre o Razon social del contratista.	CC. / Nit
GRUPO NITRO S.A.S.	901.255.880-8

TIPO DE CONTRATO: Prestacion de Servicios

TIPO DE CONTRATO	Fecha	No.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	20 DE AGOSTO DE 2024	19

Fecha de Inicio: 20 DE AGOSTO DE 2024 — Plazo de ejecucion: 4 MESES

OBJETO CONTRACTUAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE

III. PERIODO CERTIFICADO

Desde: DD/MM/AA	Hasta: DD/MM/AA
18-oct-2024	23-dic-2024

IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	PRODUCTOS PRESENTADOS
APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	VOLANTES IMPRESOS POR DOS CARAS EN POLICROMÍA 4*4 TINTAS, FULL COLOR, TAMAÑO 14*21 CMS MEDIA CARTA PAPEL, PROPALCOTE DE 150 GRS, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR)	ENTREGA DE VOLANTES
	SERVICIO DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS, VEHICULO TIPO BUS DE 40 PASAJEROS PARA EL DESPLAZAMIENTO A LUGARES CERCANOS AL MUNICIPIO DE SIBATE A UNA DISTANCIA DE HASTA DE 78 KM (IDA Y REGRESO) PARA LOS PARTICIPANTES GANADORES DE LOS EVENTOS REALIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	REFRIGERIOS: OPCION 1: JUGO NATURAL DE 200 ML + PASTELDE POLLO 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA OPCION 2: JUGO NATURAL DE 200 ML + EMPANADA 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA. OPCION 3: YOGURT EN VASO 150 CC + SANDWICH 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	DESAYUNO: VASO DE 7 ONZ DE CHOCOLATE EN LECHE + UNIDAD DE PAN + TAMAL DE 500GR	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	ALMUERZO: OPCIÓN 1: Bandeja: arroz (100 gramos), granos: arveja, frijol o garbanzo (100 gramos), pollo (pierna pernil) de 350 gramos, tubérculo: papa al vapor o frita, yuca al vapor o frita, papa criolla (80 gramos), porción de ensalada (60 gramos), jugo envase tetra ck (200 ml) o jugo natural (9 Oz) OPCION 2: Bandeja: porción de arroz (100 gramos) frijol bola roja (100 gramos), chorizo de cerdo (60 gramos), un (1) huevo, porción de carne molida (150 gramos), patacón, (80 gramos) porción de ensalada con aguacate (60 grs), jugo envase tetra pack (200 ml), o jugo natural (9 Oz) , OPCION 3. Sopa del día (60 grs), chuleta o filete de pollo (120grs), porción de arroz (100 grs), porción de ensalada del día (70 grs), porción de papas a la francesa (85 grs) o porción de ensalada de papa (70 grs), gaseosa 10 Oz o jugo Natural de (200 ml)	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	HIDRATACION BOTELLA DE AGUA PPOTABLE: PACA DE AGUA EN BOTELLA POR 24 UNIDADE DE 300 ML	ENTREGADAS
	SONIDO MASIVO: 8 Cabinas tipo array bases y cercha *Planta amplificadora de 2500 w *Planta amplificadora de 1500 w *4 Cabinas activas *2 bajos activos 15" *4 Cabinas monitores *1 Consola *Amplificador para bajo *Amplificador para guitarra * 4 Micrófonos inalámbricos * 12 Micrófonos alámbricos de voz * Medusa de 10 conectores. * Medusa 7 conectores *2 Cajas de paso *1 Computador para reproducción de audio Sonidista idóneo para el manejo de estos equipos *3 Utileros *12 bases para micrófonos *Cableado eléctrico y conectores *Transporte	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	SONIDO MEDIANO: 4 cabinas activas de 15" *2 cabinas bajo activo *2 Cabinas para retorno de 12 *1 Consola *3 Micrófonos inalámbrico *8 Micrófonos de voz alámbricos *Amplificador para bajo *Amplificador para guitarra *Computador para reproducción de audio Cableado eléctrico y conectores *Sonidista idóneo para manejo de estos equipos *Transporte	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION

GRUPO NITRO S.A.S.
901.255.880-8

En mi calidad de supervisor y/o interventor, previa verificacion de los productos recibidos, avalo el contenido del presente informe.

WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO
SECRETARIA DE SALUD

LEYDA MUNEVAR
JEFE SALUD PUBLICA

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE			
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO **FORMATO DE SUPERVISIÓN**	**FECHA DE APROBACIÓN**		
		DD	**MM**	**AAAA**
		24	**12**	**2024**

I. INFORMACION DE SUPERVISION			
Fecha de Expedicion	Supervisor o Interventor		Teléfono o Ext.
DD MM AA	**WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO**		7250106
24/12/2024	**SECRETARIA DE SALUD**		
II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION			
	LEYDA MUNEVAR		0
	JEFE SALUD PUBLICA		

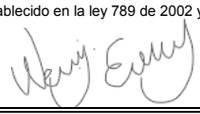
III. INFORMACION CONTRACTUAL.		
Nombre o Razon social del contratista.		CC. / Nit
GRUPO NITRO S.A.S.		**901.255.880-8**
IV. TIPO DE CONTRATO:		
TIPO DE CONTRATO	Fecha:	Contrato No.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**1/10/2024**	**19**
Fecha de Incio	Plazo Inicial	Adición
1/10/2024	**4 MESES**	SI
OBJETO		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE		
V. PERIODO CERTIFICADO		
Desde: DD/MM/AA	Hasta: DD/MM/AA	Informe No.
18/10/2024	**23/12/2024**	**2**

VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**VERIFICACIÓN**
APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	SE VERIFICO Y SE CUMPLE CON LOS DOCUMENTOS REGISTRADOS EN EL INFORME LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor, previa verificacion de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fuerón verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el Articulo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.

Asi mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y arl, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.



WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO

SECRETARIA DE SALUD



LEYDA MUNEVAR

JEFE SALUD PUBLICA

qu

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE				
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO CERTIFICACIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			
		DD	MM	AA	
		24	12	2024	

NUMERO DE CONTRATO	19
OBJETO	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO	-		
ACTA PARCIAL	X	N°.	2
ANTICIPO	-	%	0
PAGO ANTICIPADO	-	%	0

1. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

EL CONTRATISTA

Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad social que a continuación se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el periodo de esta acta.

SALUD	
ENTIDAD	NA
PERIODO	NA
PLANILLA	NA
I.B.C.	-
APORTE	-

PENSION	
ENTIDAD	COLPENSIONES
PERIODO	NA
PLANILLA	NA
I.B.C.	-
APORTE	-

ARL	
ENTIDAD	SURA
PERIODO	NA
PLANILLA	NA
I.B.C.	-
APORTE	-

2. DECLARACION JURAMENTA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS

Bajo la gravedad de juramento y como persona natural declaro que en el momento del pago objeto de esta declaración:

	SI	NO
Para efectos tributarios, me encuentro clasificado como persona residente en Colombia	**X**	
Que pertenezco al regimen tributario ordinario	X	
Que mis ingresos corresponden a Rentas de Trabajo no laborales (honorarios, comisiones, servicios)	X	
Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoria tributaria de "Renta de Trabajo no laboral " y para el año gravable 2024, no voy a deducir costos a mis ingresos en mi declaración de renta por concepto de estos honorarios, comisiones o servicios, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2277 de 2022, artículo 8, reglamentado por el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023. (art 1.2.4.1.6 DUR 1625 de 2016, numeral 6). Que de acuerdo a lo declarado anteriormente solicito se me aplique la retención en la fuente prevista en el artículo 383 del E.T	X	

CONTRATISTA	GRUPO NITRO S.A.S.	
C.C. O NIT	901.255.880-8	
E-MAIL		
TELEFONO		**FIRMA**

EL SUPERVISOR

Como supervisor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el periodo correspondiente al presente pago.
Como supervisor del contrato verifiqué el cumplimiento por parte del contratista con respecto a los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos labores, de conformidad con la normatividad vigente.
Como supervisor del contrato certifico que los soportes que acompañan este formato corresponden a los originados en la ejecución del contrato y fueron debidamente validados para autorizar el trámite de pago.
Como supervisor autorizo el tramite de pago de la presente acta ante la Secretaría de Hacienda Municipal.

La presente certificacion se expide el: 24/12/2024

SUPERVISOR	WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO	
CARGO	SECRETARIA DE SALUD	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD	
E-MAIL	salud@sibate-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO		**FIRMA**

APOYO A LA SUPERVISION	LEYDA MUNEVAR	
CARGO	JEFE SALUD PUBLICA	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD	
E-MAIL	saludpublica@sibate-+cunbdinamarca.gov.co	
TELEFONO		**FIRMA**

3. ANEXOS

N.	ANEXO	SI/NO
1	**RUT (Unicamente para el primer pago o por actualización)**	**NO**
2	**CERTIFICADO BANCARIO**	**NO**
3	**PLANILLA DE APORTES SEGURIDAD SOCIAL**	**SI**

N.	ANEXO	SI/NO
5	**CARPETA DE EVIDENCIAS**	**SI**
6	**SOPORTES PARA DEDUCCIONES DE PAGO (Según aplique)**	**NO**
7		

GRUPO NITRO s.a.s
NIT. 901255880-8

Sibaté, Diciembre de 2024

Señores
ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE
Oficina de Contratación
Transvesal6 N° 11-56
Sibaté – Cundinamarca

Yo, **FRANCISCO ALVARADO PEÑA, i**dentificado con la Cédula de Ciudadanía No. **79´525.186** de Bogotá y como representante legal de **GRUPO NITRO SAS** con Nit número **901255880-8.** Declaro que me encuentro a paz y salvo por concepto de parafiscales durante los últimos (6) seis meses, dichos aportes se encuentran vigentes al mes de septiembre 2024

Nombre del proponente:	GRUPO NITRO SAS
Nombre del Representante Legal:	FRANCISCO ALVARADO PEÑA
C. C. No.	79´525.186 DE BOGOTA
NIT No.	901255880-8
Dirección correspondencia:	CALLE 14 No. 9-64 BARRIO SAN JUAN MUNICIPIO DE SIBATE
Telefax:	320-3071384
Correo electrónico	gruponitro.sas@gmail.com
Ciudad:	Sibaté – Cundinamarca

Firma del Proponente o de su Representante Legal _____

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79525186		ALVARADO PEÑA FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 14 9 64	SIBATE-CUNDINAMARCA	7250214	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	01378610	9478222679	I	2024/12/19	2024/12/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: SIBATE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 79525186	ALVARADO FRANCISCO	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**
Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE	
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO **INFORMACIÓN GENERAL**	FECHA DE APROBACIÓN DD: 24 / MM: 12 / AA: 2024

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

NUMERO DE CONTRATO	19
OBJETO	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	

FECHA DE CONTRATO	20 DE AGOSTO DE 2024
PLAZO DE EJECUCION	4 MESES
FECHA DE INICIO	20 DE AGOSTO DE 2024
FECHA DE FINALIZACION	19 DE DICIEMBRE DE 2024
PRORROGAS	SI
SUSPENSIONES	N/A

CONTRATISTA	
GRUPO NITRO S.A.S.	
C.C. O NIT:	901.255.880-8
ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU	7310-9319-4610
REGIMEN DE VENTAS	RESPONSABLE DE IVA

SUPERVISOR	
WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO	
CARGO	SECRETARIA DE SALUD
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
CORREO	salud@sibate-cundinamarca.gov.co

APOYO A LA SUPERVISION	
LEYDA MUNEVAR	
CARGO	JEFE SALUD PUBLICA
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
CORREO	saludpublica@sibate-+cunbdinamarca.gov.co

2. INFORMACION PARA TRAMITE DE PAGO

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO	-		
PAGO PARCIAL	**X**	N°.	2
ANTICIPO	-	%	
PAGO ANTICIPADO	-		

PERIODO	PARCIALES
VALOR DEL PAGO	$ 19.909.999,67
VALOR DEL PAGO EN LETRAS	
DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE ($19.909.999,67)M/CTE	
N° FACTURA	544

CUENTA BANCARIA			
BANCO		**TIPO**	

PAC

PAGO 1	18.114.999,49
PAGO 2	19.909.999,67
PAGO 3	-
PAGO 4	-
PAGO 5	-
PAGO 6	-
PAGO 7	-
PAGO 8	-
PAGO 9	-
PAGO 10	-
PAGO 11	-
PAGO 12	-
REZAGO	-
TOTAL	**38.024.999,16**

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA APOYO A LA SUPERVISION

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE	
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO **INFORMACIÓN FINANCIERA**	FECHA DE APROBACIÓN DD: 24 / MM: 12 / AA: 2024

NUMERO DE CONTRATO	19
OBJETO	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO	-		
ACTA PARCIAL	X	N°.	2
ANTICIPIO	-	%	0
PAGO ANTICIPADO	-		

3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)

NUMERO	2024000460	FECHA	15 may 2024
RUBRO	**FUENTE**	**VALOR**	
2,3	110101	29.850.136,00	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)

NUMERO	2024001079	FECHA	14 ago 2024
RUBRO	**FUENTE**	**VALOR**	
2,3	110101	25.350.000,00	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)

NUMERO	2024000874	FECHA	7 nov 2024
RUBRO	**FUENTE**	**VALOR**	
2,6	110101	12.675.000,00	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)

NUMERO	2024001584	FECHA	27 nov 2024
RUBRO	**FUENTE**	**VALOR**	
2,6	110101	12.675.000,00	

3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC) A AFECTAR

NUMERO	2024001079	FECHA	14 ago 2024
RUBRO		**VALOR**	
2,3		7.235.000,51	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)

NUMERO	2024001584	FECHA	27 nov 2024
RUBRO		**VALOR**	
2,6		12.675.000,00	
TOTAL A AFECTAR		19.909.999,67	

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR INICIAL CONTRATO	25.350.000,00
ADICION 1	12.675.000,00
ADICION 2	
ADICION 3	
VALOR TOTAL CONTRATO	**38.025.000,00**

PAGO ANTICIPADO	
ANTICIPO 1	
ANTICIPO 2	
ANTICIPO 3	
TOTAL ANTICIPOS	-

NUMERO DE ACTA	VALOR A GIRAR	AMORTIZACION	TOTAL ACTA
PAGO PARCIAL 1	18.114.999,49		18.114.999,49
PAGO PARCIAL 2	19.909.999,67		19.909.999,67
PAGO PARCIAL 3	-		-
PAGO PARCIAL 4	-		-
PAGO PARCIAL 5	-		-
PAGO PARCIAL 6	-		-
PAGO PARCIAL 7	-		-
PAGO PARCIAL 8	-		-
PAGO PARCIAL 9	-		-
PAGO PARCIAL 10	-		-
PAGO PARCIAL 11	-		-
PAGO PARCIAL 12	-		-
TOTAL	**38.024.999,16**	**-**	**38.024.999,16**

ESTADO DE EJECUCION FINANCIERA

TOTAL GIROS	38.024.999,16
AMORTIZACIONES	-
EJECUCION	38.024.999,16
POR AMORTIZAR	-
POR EJECUTAR	0,84

OBSERVACIONES

PAGO PARCIAL QUE SERA CANCELADO DE LA CUENTA DE SALUD PUBLICA No. 220033720251 DEL BANCO POPULAR

SALDO A LIBERAR		**FECHA ACTA LIQUIDACION**	

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA APOYO A LA SUPERVISION

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE	
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO **INFORME DE ACTIVIDADES**	**FECHA DE APROBACIÓN** DD: **24** MM: **12** AA: **2024**

I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORÍA.

Fecha de Expedicion DD	MM	AA	Supervisor o Interventor	Telefono o Ext.
24	12	2024	WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO SECRETARIA DE SALUD	0

II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION

Apoyo a la supervisión	Teléfono o Ext.
LEYDA MUNEVAR JEFE SALUD PUBLICA	0

II. INFORMACION CONTRACTUAL.

Nombre o Razon social del contratista.	CC. / Nit
GRUPO NITRO S.A.S.	901.255.880-8

TIPO DE CONTRATO: Prestacion de Servicios

TIPO DE CONTRATO	Fecha	No.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	20 DE AGOSTO DE 2024	19

Fecha de Inicio: 20 DE AGOSTO DE 2024 — Plazo de ejecucion: 4 MESES

OBJETO CONTRACTUAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE

III. PERIODO CERTIFICADO

Desde: DD/MM/AA	Hasta: DD/MM/AA
18-oct-2024	23-dic-2024

IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	PRODUCTOS PRESENTADOS
APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	VOLANTES IMPRESOS POR DOS CARAS EN POLICROMÍA 4*4 TINTAS, FULL COLOR, TAMAÑO 14*21 CMS MEDIA CARTA PAPEL, PROPALCOTE DE 150 GRS, CON MUESTRA DE IMPRESIÓN PARA APROBACIÓN (DISEÑO DADO POR OFICINA TICS DEL MUNICIPIO, PREVIA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR)	ENTREGA DE VOLANTES
	SERVICIO DE TRANSPORTE TERRESTRE DE PASAJEROS, VEHICULO TIPO BUS DE 40 PASAJEROS PARA EL DESPLAZAMIENTO A LUGARES CERCANOS AL MUNICIPIO DE SIBATE A UNA DISTANCIA DE HASTA DE 78 KM (IDA Y REGRESO) PARA LOS PARTICIPANTES GANADORES DE LOS EVENTOS REALIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	REFRIGERIOS: OPCION 1: JUGO NATURAL DE 200 ML + PASTELDE POLLO 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA OPCION 2: JUGO NATURAL DE 200 ML + EMPANADA 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA. OPCION 3: YOGURT EN VASO 150 CC + SANDWICH 120GR + PORCION DE FRUTA O UNA FRUTA	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	DESAYUNO: VASO DE 7 ONZ DE CHOCOLATE EN LECHE + UNIDAD DE PAN + TAMAL DE 500GR	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	ALMUERZO: OPCIÓN 1: Bandeja: arroz (100 gramos), granos: arveja, frijol o garbanzo (100 gramos), pollo (pierna pernil) de 350 gramos, tubérculo: papa al vapor o frita, yuca al vapor o frita, papa criolla (80 gramos), porción de ensalada (60 gramos), jugo envase tetra ck (200 ml) o jugo natural (9 Oz) OPCION 2: Bandeja: porción de arroz (100 gramos) frijol bola roja (100 gramos), chorizo de cerdo (60 gramos), un (1) huevo, porción de carne molida (150 gramos), patacón, (80 gramos) porción de ensalada con aguacate (60 grs), jugo envase tetra pack (200 ml), o jugo natural (9 Oz) , OPCION 3. Sopa del día (60 grs), chuleta o filete de pollo (120grs), porción de arroz (100 grs), porción de ensalada del día (70 grs), porción de papas a la francesa (85 grs) o porción de ensalada de papa (70 grs), gaseosa 10 Oz o jugo Natural de (200 ml)	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	HIDRATACION BOTELLA DE AGUA PPOTABLE: PACA DE AGUA EN BOTELLA POR 24 UNIDADE DE 300 ML	ENTREGADAS
	SONIDO MASIVO: 8 Cabinas tipo array bases y cercha *Planta amplificadora de 2500 w *Planta amplificadora de 1500 w *4 Cabinas activas *2 bajos activos 15" *4 Cabinas monitores *1 Consola *Amplificador para bajo *Amplificador para guitarra * 4 Micrófonos inalámbricos * 12 Micrófonos alámbricos de voz * Medusa de 10 conectores. * Medusa 7 conectores *2 Cajas de paso *1 Computador para reproducción de audio Sonidista idóneo para el manejo de estos equipos *3 Utileros *12 bases para micrófonos *Cableado eléctrico y conectores *Transporte	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION
	SONIDO MEDIANO: 4 cabinas activas de 15" *2 cabinas bajo activo *2 Cabinas para retorno de 12 *1 Consola *3 Micrófonos inalámbrico *8 Micrófonos de voz alámbricos *Amplificador para bajo *Amplificador para guitarra *Computador para reproducción de audio Cableado eléctrico y conectores *Sonidista idóneo para manejo de estos equipos *Transporte	SERVICIO A ENTERA SATISFACCION

GRUPO NITRO S.A.S.
901.255.880-8

En mi calidad de supervisor y/o interventor, previa verificacion de los productos recibidos, avalo el contenido del presente informe.

WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO
SECRETARIA DE SALUD

LEYDA MUNEVAR
JEFE SALUD PUBLICA

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE			
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO **FORMATO DE SUPERVISIÓN**	**FECHA DE APROBACIÓN**		
		DD	**MM**	**AAAA**
		24	**12**	**2024**

I. INFORMACION DE SUPERVISION			
Fecha de Expedicion	Supervisor o Interventor		Teléfono o Ext.
DD MM AA	**WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO**		7250106
24/12/2024	**SECRETARIA DE SALUD**		
II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION			
	LEYDA MUNEVAR		0
	JEFE SALUD PUBLICA		

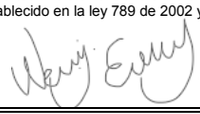
III. INFORMACION CONTRACTUAL.		
Nombre o Razon social del contratista.		CC. / Nit
GRUPO NITRO S.A.S.		**901.255.880-8**
IV. TIPO DE CONTRATO:		
TIPO DE CONTRATO	Fecha:	Contrato No.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**1/10/2024**	**19**
Fecha de Incio	Plazo Inicial	Adición
1/10/2024	**4 MESES**	SI
OBJETO		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE		
V. PERIODO CERTIFICADO		
Desde: DD/MM/AA	Hasta: DD/MM/AA	Informe No.
18/10/2024	**23/12/2024**	**2**

VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	**VERIFICACIÓN**
APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	SE VERIFICO Y SE CUMPLE CON LOS DOCUMENTOS REGISTRADOS EN EL INFORME LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor, previa verificacion de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fuerón verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el Articulo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.

Asi mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y arl, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.



WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO

SECRETARIA DE SALUD



LEYDA MUNEVAR

JEFE SALUD PUBLICA

qu

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE				
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO CERTIFICACIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			
		DD	MM	AA	
		24	12	2024	

NUMERO DE CONTRATO	19
OBJETO	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO INTEGRAL PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SIBATE	

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO	-		
ACTA PARCIAL	X	N°.	2
ANTICIPO	-	%	0
PAGO ANTICIPADO	-	%	0

1. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

EL CONTRATISTA

Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad social que a continuación se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el periodo de esta acta.

SALUD	
ENTIDAD	NA
PERIODO	NA
PLANILLA	NA
I.B.C.	-
APORTE	-

PENSION	
ENTIDAD	COLPENSIONES
PERIODO	NA
PLANILLA	NA
I.B.C.	-
APORTE	-

ARL	
ENTIDAD	SURA
PERIODO	NA
PLANILLA	NA
I.B.C.	-
APORTE	-

2. DECLARACION JURAMENTA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS

Bajo la gravedad de juramento y como persona natural declaro que en el momento del pago objeto de esta declaración:

	SI	NO
Para efectos tributarios, me encuentro clasificado como persona residente en Colombia	**X**	
Que pertenezco al regimen tributario ordinario	X	
Que mis ingresos corresponden a Rentas de Trabajo no laborales (honorarios, comisiones, servicios)	X	
Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoria tributaria de "Renta de Trabajo no laboral " y para el año gravable 2024, no voy a deducir costos a mis ingresos en mi declaración de renta por concepto de estos honorarios, comisiones o servicios, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2277 de 2022, artículo 8, reglamentado por el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023. (art 1.2.4.1.6 DUR 1625 de 2016, numeral 6). Que de acuerdo a lo declarado anteriormente solicito se me aplique la retención en la fuente prevista en el artículo 383 del E.T	X	

CONTRATISTA	GRUPO NITRO S.A.S.	
C.C. O NIT	901.255.880-8	
E-MAIL		
TELEFONO		**FIRMA**

EL SUPERVISOR

Como supervisor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el periodo correspondiente al presente pago.
Como supervisor del contrato verifiqué el cumplimiento por parte del contratista con respecto a los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos labores, de conformidad con la normatividad vigente.
Como supervisor del contrato certifico que los soportes que acompañan este formato corresponden a los originados en la ejecución del contrato y fueron debidamente validados para autorizar el trámite de pago.
Como supervisor autorizo el tramite de pago de la presente acta ante la Secretaría de Hacienda Municipal.

La presente certificacion se expide el: 24/12/2024

SUPERVISOR	WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO	
CARGO	SECRETARIA DE SALUD	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD	
E-MAIL	salud@sibate-cundinamarca.gov.co	
TELEFONO		**FIRMA**

APOYO A LA SUPERVISION	LEYDA MUNEVAR	
CARGO	JEFE SALUD PUBLICA	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD	
E-MAIL	saludpublica@sibate-+cunbdinamarca.gov.co	
TELEFONO		**FIRMA**

3. ANEXOS

N.	ANEXO	SI/NO
1	**RUT (Unicamente para el primer pago o por actualización)**	**NO**
2	**CERTIFICADO BANCARIO**	**NO**
3	**PLANILLA DE APORTES SEGURIDAD SOCIAL**	**SI**

N.	ANEXO	SI/NO
5	**CARPETA DE EVIDENCIAS**	**SI**
6	**SOPORTES PARA DEDUCCIONES DE PAGO (Según aplique)**	**NO**
7		

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79525186		ALVARADO PEÑA FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 14 9 64	SIBATE-CUNDINAMARCA	7250214	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	01378610	9478222679	I	2024/12/19	2024/12/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: SIBATE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 79525186	ALVARADO FRANCISCO	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0